7.

Dr ALEXANDRE PACHA KAMBOUROGLOU

TROIS CAS

DE

PHLÉBECTASIE CONGÉNITALE

DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE

1906




TROIS CAS

DE

PHLÉBECTASIE CONGÉNITALE

DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE

PAR S. EXC. LE

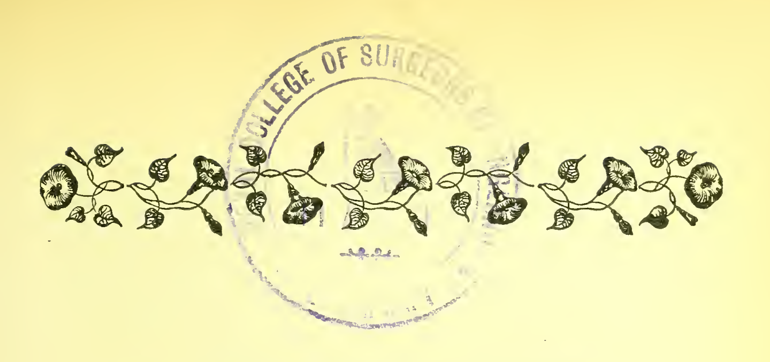
Dr ALEXANDRE PACHA KAMBOUROGLOU

Avec six figures dans le texte et 2 planches hors texte.

1906

Extrait de la REVUE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE, 1 Mars 1906.

Imprimerie Christidis, Galata, rue Voïvoda, No 92.



TROIS CAS DE PHLÉBECTASIE CONGÉNITALE

DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE (1).

Les cas de phlébectasie intéressant toute une extrémité sont assez rares et chacun d'eux offre dans les détails un intérêt suffisant pour en justifier la publication.

Pendant un exercice de 25 ans,il nous a été donné d'observer trois cas de cette affection,dont l'un (observé en 1895) était limité aux veines cutanées, tandis que dans les deux autres les veines profondes étaient également atteintes. Le premier concernait un Monsieur de Constantinople, âgé de 40 ans,grand de taille et fort, issu de parents bien portants ; dans toute la famille il n'y avait aucune affection héréditaire à signaler. A sa naissance, on avait observé que les veines apparentes de la main et de tout le bras gauche avaient un développement inusité ; avec l'âge, la dilatation veineuse devint, surtout à l'avant-bras et au bras, considérable,

(1) Extrait des Annales de l'hôpital *Hamidié*, VIe année, 1905.

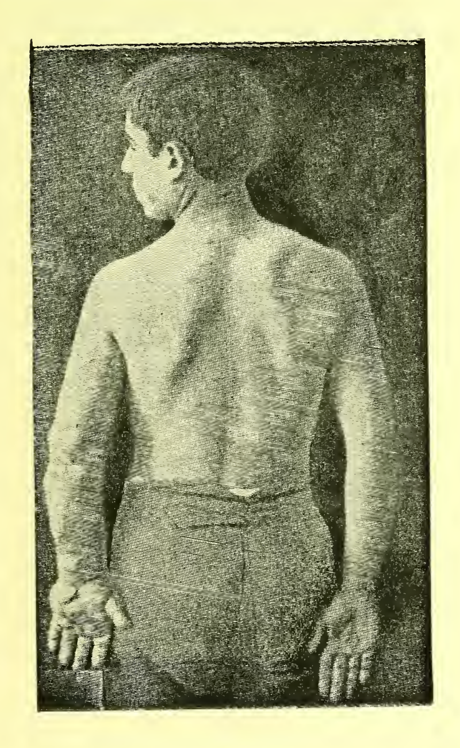
pour atteindre son maximum à l'âge du développement complet du corps, entre 20 et 25 ans ; depuis, la phlébectasie est restée stationnaire. Lorsque nous l'avons



(Fig. 1).

examiné,il avait, comme nous venons de le dire, l'âge de 40 ans ; sa main gauche était plus grosse que la droite et offrait à la palpation une mollesse assez pro-

noncée ; l'avant-bras et le bras présentaient l'aspect caractéristique de dilatation variqueuse des veines et à la palpation on constatait plusieurs phlébolites dans les parties les plus dilatées.



(Fig. 2.).

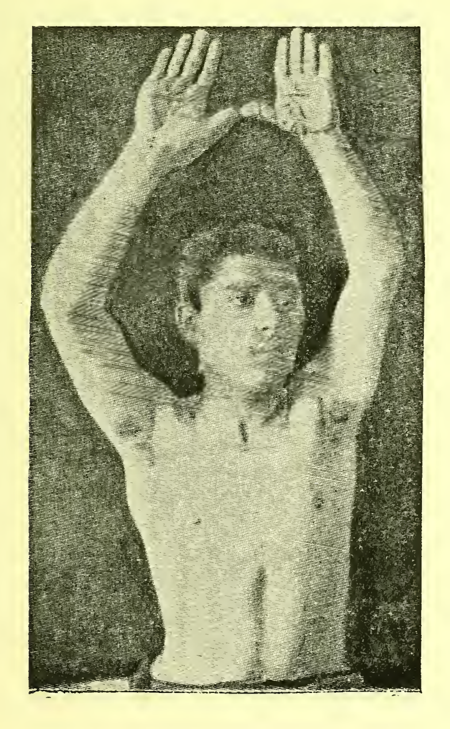
Le développement de l'extrémité n'avait pas été du tout influencé par l'affection ; à la position que nous

appelons la normale, la suspension verticale, l'extrémité paraissait, par l'engorgement veineux, bleuâtre et plus grosse que la droite ; mais lorsque l'homme tenait son bras en élévation, la peau reprenait un aspect normal et les dimensions de l'extrémité (quant à la longueur aussi bien qu'à la circonférence) n'offraient pas de différence appréciable relativement au bras droit. La force musculaire était également normale.

L'anomalie veineuse congénitale était donc limitée aux plexus cutanés ; elle ne s'était pas propagée avec l'âge aux veines profondes et n'avait nullement influencé le développement du squelette et du système musculaire de l'extrémité atteinte.

Des deux cas de phlébectasie des veines superficielles et profondes, l'un (observé il y a un an) concernait un jeune homme de 18 ans, grec, de l'île de Chio, sans aucune tare héréditaire, de taille moyenne, et n'offrant aucun autre vice de conformation. L'affection était aussi congénitale et elle s'étendait sur toute l'extrémité supérieure gauche et la région de l'omoplate gauche. A la position normale, l'extrémité, d'un aspect bleuâtre et de contours irréguliers, avec bosselures dans plusieurs endroits, paraît plus courte, mais en même temps de beaucoup plus grosse que la droite, comme on peut le voir sur les phototypies ci-jointes (*voir Fig.* 1 et 2); la dilatation veineuse dépasse les limites de l'extrémité et comprend aussi la région de l'omoplate gauche. A la palpation, toute l'étendue offrait la sensation d'une mollesse extraordinaire, que l'on pour-

rait comparer à celle d'une éponge mouillée. A l'élévation du bras, la masse sanguine, remplissant les tumeurs phlébectasiques, descend lentement vers le cen-



(*Fig. 3*).

tre et l'extrémité apparaît atrophique, relativement à l'autre, et recouverte d'une peau ridée et plus mince que la normale (*voir Fig.* 3). La force du bras est con-

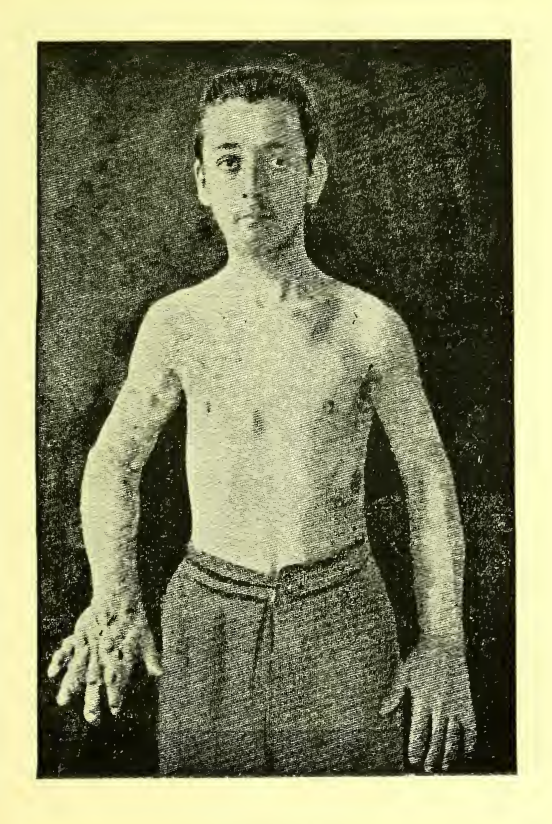
sidérablement diminuée, à cause de l'atrophie musculaire.



(*Fig. 4*).

L'autre des cas (observé tout récemment, il n'y a qu'un mois), tout en étant analogue au précédent, pré-

sente certaines différences intéressantes. C'est un jeune homme G. S., Karaït, de Constantinople, de 20 ans ac-



(*Fig. 5*).

tuellement, n'ayant aucune tare héréditaire, ni un cas semblable à signaler dans toute sa famille. Sa mère,

une femme intelligente, aux déclarations de laquelle on peut ajouter foi, affirme avoir observé à la nais-



(Fig. 6).

sance du petit garçon des taches bleuâtres occupant la partie antéro-latérale de l'avant-bras et du bras droit,

toute la région deltoïdienne comprise ; en même temps elle s'est aperçue que l'extrémité en question, et surtout la main, était plus grosse que la gauche. Avec l'âge, la grosseur et la difformité de l'extrémité devenaient chaque jour plus considérables et les taches bleues plus saillantes, sans pourtant gagner d'extension.

Actuellement, l'extrémité supérieure droite présente un aspect difforme dans la position dite normale du membre ; la main surtout s'engorge tellement qu'elle mérite d'être qualifiée plutôt de patte d'éléphant (*Fig.* 4 et 5).

La partie antéro-latérale du membre avec toute la région deltoïdienne est occupée par des tumeurs caverneuses cutanées saillantes — d'un bleu foncé — ne disparaissant pas à la position élevée du bras, qui se dégorge, comme dans le second cas, pour faire paraître l'atrophie de son système osseux et musculaire (*voir Fig.* 6). Les tumeurs caverneuses cutanées n'existent pas dans le cas précédent ; par contre, la phlébectasie du cas précédent occupe aussi, comme il a été mentionné plus haut, la région de l'omoplate droite, tandis que dans celui-ci l'affection ne s'étend pas au-delà de la région deltoïdienne. — A l'inspection simple, les deux cas sont déjà différents ; l'un présente les contours irréguliers de ses veines dilatées avec une peau normale qui les recouvre, mais l'autre n'offre ce tableau qu'à sa partie postéro-médiane ; sa partie antéro-latérale est modifiée par les tumeurs caver-

neuses cutanées. La force du bras est aussi considérablement diminuée dans le dernier cas.

Le système artériel paraît être normal dans les deux cas ; le pouls radial et les battements de l'artère brachiale et axillaire sont tout à fait identiques à ceux du bras sain. Les tumeurs veineuses, superficielles et profondes, n'offrent pas de pulsations.

Les radiographies exécutées par le Dr Rassih bey, qui dirige avec une grande compétence et beaucoup de succès le service radiographique et radiothérapique de notre hôpital, permettent de constater l'arrêt de développement du système osseux (*Fig. 7 et 8*). L'ombre des parties molles est plus large, tandis que celle des os est de moitié plus mince comparativement à l'extrémité normale. Dans le second cas on voit l'ombre d'un phlébolite à l'hypothénar (*Fig.* 9 *et* 10). Nous ajoutons la phototypie de ces radiographies intéressantes comme une primeur, aucun cas pareil n'ayant été publié jusqu'à présent que nous sachions.

Ainsi donc, dans ces trois cas concernant toute une extrémité, l'affection a été congénitale occupant dès le début tout le membre*;* seulement,dans l'un, elle était et elle est restée limitée aux veines cutanées, sans nullement influencer le développement du membre, tandis que dans les deux autres la dilatation des veines profondes, empiétant sur le développement normal du membre atteint, a déterminé une atrophie du système osseux et musculaire ; le premier se sert de son bras sans inconvénient et sans fatigue aucune, fait

même de la gymnastique, tandis que les deux autres, gênés dans l'exercice d'un métier peu fatigant (celui de garçon-coiffeur et de photographe) qu'ils sont obligés d'abandonner, deviennent des infirmes.

La fatigue et les douleurs que les deux jeunes gens ressentent à la position dite normale du bras (la suspension verticale) sont telles qu'ils sont obligés de le tenir dans la position dite de l'écharpe (flexion à angle droit dans l'articulation du coude) en cherchant un appui aux boutonnières du gilet ou du veston. En hiver, les souffrances augmentent tellement, qu'elles poussent le malade à penser à une désarticulation du membre.

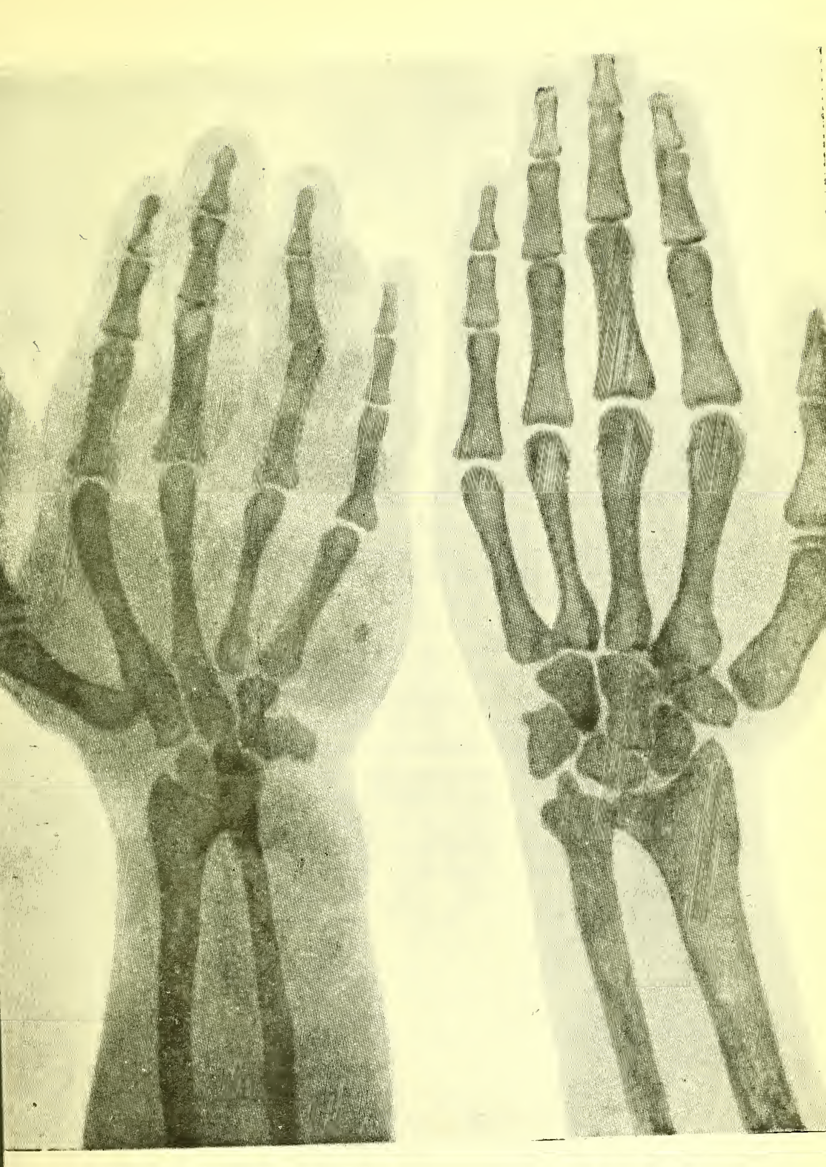
Une conclusion à tirer de ces trois observations serait que la phlébectasie des veines cutanées ne s'étend pas avec le temps aux veines profondes. La dilatation de ces dernières,au point de former de grandes tumeurs caverneuses et d'influencer le développement du système osseux et musculaire, est une affection distincte depuis son origine. Ces derniers cas sont bien plus rares ; le Professeur Vogt en décrit un dans la „Deutsche Chirurgie“ (Livraison 64, Page 130) ; il y fait mention des cas de Pitha, Schuh, Lamorier, Nicoladoni, Nélaton, et en donne la Bibliographie complète (Deutsche Chirurgie, Livraison 64, Literatur XIII).



(Fig. 7).

(Fig. 8).


COLLEGE OF SURGEONS



(Fig. 9). (Fig. 10).

